

Attestation de trouble du spectre autistique (TSA)

À remplir par le médecin ou le psychologue.

Je certifie que l'athlète cité ci-dessous :

Prénom et nom : _____

Date de naissance : _____

est porteur d'un trouble du spectre autistique (TSA).

Nom : _____

Spécialité médicale : _____

N° de registre : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Date : _____

Signature :

Cette attestation doit être remise à la Ligue Handisport Francophone par l'athlète.

Ligue Handisport Francophone
Hôpital Notre Dame - GHDC
3, Grand'Rue
6000 Charleroi
071 11 60 80
classification@handisport.be